



*San Antonio Independent School District
Highlands High School
3118 Elgin Avenue
San Antonio, Texas 78210
(210) 438-6800 Fax: (210) 228-3004*

Dear Parent/Guardian,

University Health and San Antonio ISD are excited to announce a School-Based Telehealth Program starting 11/20/23 at Highland High School. Through this program, medical exams are provided remotely, connecting our students in the school nurse's office to a University Health Board Certified Healthcare Provider. This partnership with University Health takes their already offered telehealth video visits one step further. With the use of advanced handheld technology, this program will allow the provider to examine, diagnose, and treat common conditions related to the student's ears, lungs, heart, throat, skin, abdomen, and temperature — all without being in the same room. This is a convenient and accessible option for your child to be seen by an experienced provider right from their school campus.

There are many benefits to taking advantage of a telehealth visit from the school campus:

- Improved access to healthcare
- Improved student health
- Less time off work and less travel
- Increased class time
- Prescriptions, if needed, are sent directly to pharmacy of choice
- Summary of telehealth visit is accessible through MyChart

Most insurances are accepted, and if you have commercial insurance or Medicaid, University Health will collect and verify coverage information. If you do not have insurance, we hope that you will choose to utilize this convenient method of healthcare for a low out-of-pocket fee of \$50.00. We also encourage you to contact the University Health School Based Clinics for more information on financial assistance for those families that do not have health insurance.

With a parent/guardian consent, this program gives your child an opportunity to be seen by a University Health Board Certified Healthcare Provider. You do not have to be present for your child to be seen; however, the attached consent form must be signed by you and returned to your child's school in order for any telehealth services to be provided. Once we have the signed form in hand, your child has access to utilize the telehealth services for the remainder of the 2023-2024 school year.

We have included Frequently Asked Questions for your reference, and if you have any further questions, do not hesitate to contact the school nurse at Highlands High school (210) 438-6800 or the University Health Tafolla School-based clinic at (210) 644-2000 or the Davis School-based clinic at (210) 644-2050.



*San Antonio Independent School District
Highlands High School
3118 Elgin Avenue
San Antonio, Texas 78210
(210) 438-6800 Fax: (210) 228-3004*

Estimado padre o tutor:

University Healthy San Antonio ISO se complace en anunciar un programa de telesalud escolar que comenzara el 20/11/23 en _Highlands High School .A traves de este programa, las evaluaciones medicas se realizan de forma remota, conectando a nuestros estudiantes en la oficina de la enfermera de la escuela con un proveedor de atención medica certificado por la Junta de University Health. Esta asociación con University Health lleva un paso mas alla las visitas por video de telesalud que ya ofrecen. Con el uso de tecnologia portatil avanzada, este programa permitira al proveedor examinar, diagnosticar y tratar afecciones comunes relacionadas con los ojos, los pulmones, el corazón, la garganta, la piel, el abdomen y la temperatura del estudiante, todo sin estar en la misma habitación. Esta es una opción conveniente y accesible para que su hijo sea atendido por un proveedor con experiencia directamente desde su escuela.

Hay muchos beneficios al aprovechar una visita de telesalud desde la escuela:

- Mejor acceso a la atención sanitaria
- Mejora de la salud de los estudiantes
- Menos tiempo de baja laboral y menos viajes
- Aumento del tiempo de clase
- Las recetas, si son necesarias, se envían directamente a la farmacia de su elección.
- Se puede acceder al resumen de la visita de telesalud a traves de MyChart

Se aceptan la mayoría de los seguros y, si tiene un seguro comercial o Medicaid, University Health recopilara y verificara la información de cobertura. Si no tiene seguro, esperamos que elija utilizar este conveniente metodo de atención medica por un bajo costo de \$50.00. Tambien lo alentamos a que se comunique con las Clínicas Escolares de University Health para obtener mas información sobre asistencia financiera para aquellas familias que no tienen seguro medico.

Con el consentimiento de las padres/tutores, este programa le brinda a su hija la oportunidad de ser atendido por un proveedor de atención medica certificado por la Junta de University Health. No es necesario que este presente para que atiendan a su hijo; sin embargo, usted debe firmar el formulario de consentimiento adjunto y devolverlo a la escuela de su hijo para que se brinden los servicios de telesalud. Una vez que tengamos el formulario firmado en mano, su hijo tendra acceso a utilizar los servicios de telesalud durante el resto del año escolar 2023-2024.

Hemos incluido preguntas frecuentes para su referencia y, si tiene mas preguntas, no dude en comunicarse con la enfermera de la escuela en Highlands High School _ o con la clínica de la escuela (210)438-6800 Tafolla de University Health al

(210) 644-2000 o la clínica de la Escuela Davis al (210) 644-2050.

Patient Label



University Health

Consent for Telemedicine Visit (School Based Clinics)

University Health, on behalf of itself and University Medicine Associates (collectively, "University Health"), has requested consent to use _____ (legal name of patient) image, picture, or voice in connection with an electronic transmission via a telemedicine visit. I give full permission to University Health to use this material as deemed necessary for medical treatment. I understand and agree to the following:

1. Patient receiving care will not be in the same room as the telemedicine consulting provider.
 2. When images and other information are electronically transmitted, it will be sent using industry recognized security safeguards and that extraordinary precaution would be taken by authorized staff to keep information private and confidential.
 3. It is possible for interruptions, unauthorized access and technical difficulties to happen. I understand that the health care provider(s) can discontinue the telemedicine visit if it is felt that the videoconferencing connections are not adequate.
 4. Staff undergoing training at other University Health clinics may view information gathered by the provider for the completion of the visit.
 5. Healthcare information may be shared with individuals within University Health for scheduling and billing purposes.
 6. Non-clinical personnel may be physically present during the patient visit to operate the video equipment. All personnel involved will adhere to privacy, confidentiality and HIPAA regulations.
 7. A physical exam may be conducted involving a provider directed assessment such as listening to heart, lung and abdominal sounds during the telemedicine.
 8. In an emergent situation, the telemedicine consulting provider will advise school personnel to contact emergency services. The consulting provider's responsibility will conclude upon the termination of the video conference connection.
 9. Insurance provided will be billed for the telemedicine visit. Any remaining balance will be the responsibility of the visit guarantor.
- 10. If insurance has changed or cannot be verified, the guarantor may incur a charge of \$50.00. _____ (initial)**
- 11. If I cannot be reached I authorize University Health to continue with the telemedicine visit. _____ (initial)**

PATIENT/PARENT/LEGAL GUARDIAN: I certify that this form has been fully explained to me. I have read it or have had it read to me, and I understand its contents. I understand the risk and benefits of the telemedicine visit and I hereby consent to participate and have the Patient receive care via telemedicine.

_____/_____/_____/_____ AM/PM
Signature of Patient or Legally Responsible Person Relationship to Patient Date Time

_____/_____/_____/_____/_____
Printed Name of Patient or Legally Responsible Person Emergency Telephone Contact Number(s)

_____/_____/_____/_____ AM/PM
Witness Date Time

If applicable, Name of Interpreter: _____ Date: _____



Etiqueta del paciente



University Health

Consentimiento para teleconsulta médica

University Health, en su propio nombre y el de University Medicine Associates (conjuntamente "University Health"), ha solicitado consentimiento para usar las imágenes o voces de _____ (nombre legal del paciente) en relación con una transmisión electrónica durante una teleconsulta médica. Otorgo permiso pleno a University Health para usar este material según se considere necesario para el tratamiento médico. Comprendo y acepto lo siguiente:

- 1. El paciente que reciba atención no estará en la misma habitación que el proveedor de teleconsultas médicas.
2. Cuando las imágenes y demás información se transmitan electrónicamente, se enviarán aplicando medidas de seguridad reconocidas por la industria, y el personal autorizado tomará medidas de precaución extraordinarias para mantener la privacidad y confidencialidad de la información.
3. Existe la posibilidad de que haya interrupciones, accesos no autorizados y dificultades técnicas. Comprendo que los proveedores de cuidado de la salud pueden cancelar la teleconsulta médica si consideran que las conexiones de videoconferencia no son adecuadas.
4. El personal que recibe capacitación en otras clínicas de University Health puede ver la información recopilada por el proveedor para completar la consulta.
5. La información sobre atención médica se puede compartir con personas dentro de University Health para fines de programación y facturación.
6. El personal no clínico puede estar físicamente presente durante la consulta del paciente para operar el equipo de video. Todo el personal involucrado respetará las normas de privacidad, confidencialidad y la Ley HIPAA.
7. Se puede hacer un examen físico que incluya una evaluación dirigida por el proveedor, como escuchar los sonidos cardíacos, pulmonares y abdominales durante la teleconsulta médica.
8. En una situación de emergencia, el proveedor de teleconsultas médicas le indicará al personal escolar que se comunique con los servicios de emergencias. La responsabilidad del proveedor concluirá cuando finalice la conexión de la videoconferencia.
9. La teleconsulta médica se le facturará al seguro proporcionado. Todo saldo restante será responsabilidad del garante de la consulta.
10. Si el seguro ha cambiado o no se puede verificar, el garante podrá incurrir en un cargo de \$50. ____ (Iniciales)
11. Si no pueden localizarme, autorizo a University Health a continuar con la teleconsulta médica. ____ (Iniciales)

PACIENTE/PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL: Certifico que me han explicado este formulario por completo. Lo leí o me lo leyeron y comprendo su contenido. Comprendo el riesgo y los beneficios de la teleconsulta médica y por el presente otorgo mi consentimiento para participar y para que el paciente reciba atención por telemedicina.

Firma del paciente o de la persona legalmente responsable / Relación o parentesco con el paciente / Fecha / Hora a. m. /p. m.

Nombre del paciente o responsable legal (en letra de imprenta) / () / Número(s) de contacto telefónico de emergencia

Testigo / Fecha / Hora a. m. /p. m.

Si corresponde, nombre del intérprete: _____ Fecha: _____





Registration Form

PATIENT INFORMATION

Event DATE: _____ SOCIAL SECURITY #: _____

Name: LAST: _____ FIRST: _____ MI: _____

Date of Birth: _____ Gender: Male Female

Address: _____ City: _____ State: _____ Zip Code _____

Cell Phone: _____ Alternate Phone: _____

PARENT/LEGAL GUARDIAN INFORMATION:

Name: LAST: _____ FIRST: _____ MI: _____ Date of Birth: _____

Cell Phone: _____ Alternative Phone: _____ SOCIAL SECURITY #: _____

Relationship to Patient: Parent Spouse OTHER: _____

E-Mail Address: _____

PRIMARY INSURANCE INFORMATION:

Name of Primary Insurance: _____ Telephone #: _____

Subscriber Name: LAST: _____ FIRST: _____ MI: _____

Subscriber Date of Birth: _____ Subscriber SOCIAL SECURITY #: _____

Relationship to Patient: Parent Legal Guardian OTHER: _____

Policy ID/Member #: _____ Group #: _____ Co-payment: _____

Claim Address: _____ City: _____ State: _____ Zip Code: _____



FORMA DE REGISTRO

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

FECHA: _____ SEGURO SOCIAL: _____

APELLIDO: _____ NOMBRE: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: Masculino Femenino

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono celular: _____ Teléfono del hogar: _____

INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR LEGAL

Nombre del padre: Apellido _____ Nombre de pila: _____ MI: _____

Fecha de nacimiento _____

Teléfono celular: _____ Teléfono del hogar: _____ SEGURO SOCIAL: _____

Relación con el paciente: Padre Guardián legal otro

Correo electrónico: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO PRIMARIO:

Nombre del seguro primario: _____ No. de teléfono: _____

Nombre del suscriptor: APELLIDO: _____ Nombre: _____ MI: _____

Fecha de nacimiento del suscriptor: _____ Seguro Social del suscriptor: _____

Parentesco o relación con el paciente: Padre o madre Tutor legal Otro: _____

Identificación de póliza/No. de miembro: _____ No. de grupo: _____ Copago: _____

Dirección para reclamaciones: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____